



Medical Insurance Proposal Form

نموذج طلب تأمين طبي

APPLICANT'S DETAILS

بيانات مقدم الطلب

Entity Name		اسم المنشأة	
CR No.	رقم السجل	Sponsor No.	رقم الكفيل
Nature of Business		نشاط المنشأة	
WASEL ADDRESS		عنوان واصل	
HOME ADDRESS/ HEAD OFFICE ADDRESS		عنوان المنزل عنوان العمل	
Building No.	رقم المبنى	Building No.	رقم المبنى
Additional Code	الرمز الإضافي	Region	المنطقة
Region	المنطقة	City	المدينة
City	المدينة	Postal Code	الرمز البريدي
Postal Code	صندوق البريد	Additional Code	الرمز الإضافي
P.O.Box	الرمز البريدي	Unit No.	رقم الوحدة
		Street	الشارع
		District	الحي

INSURANCE COORDINATOR DETAILS

معلومات مسؤول التأمين

Email	البريد الإلكتروني	Name	الاسم
Job Title	المسمى الوظيفي	Mobile	رقم الجوال
ID No.			رقم الهوية
Signature of Insurance Coordinator			توقيع مسؤول التأمين المعتمد

PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING DOCUMENTS

الرجاء تزويدنا بالمستندات المطلوبة

Members data on excel (As per attached Format), Are you currently/ هل لديك تأمين طبي حالياً سابقاً
previously insured for Medical Insurance? No لا Yes نعم (كما هو مرفق)

If Yes, then please provide 3 years claim experience as per (Attached) SAMA format. إذا كان الجواب نعم يرجى تزويدنا بسجل الخسائر المعتمد 3 سنوات من ساما.

Benefits and limits As per CCHI standard VIP A B C CVT C0111

التغطيات و الحدود وفقاً لمعايير مجلس الضمان الصحي

Please attach separate sheet in case you require additional benefit other than Standard CCHI benefits. يرجى إرفاق ورقة منفصلة في حال كنت بحاجة إلى منافع إضافية بخلاف المنافع القياسية.

Name of Business Source اسم الوسيط \ الوكيل \ المسوق

NUMBER OF BANK ACCOUNT

رقم الحساب البنكي

The Bank that you are dealing with اسم البنك الذي تتعامل معه

IBAN No. SA رقم الحساب (أي بان)

UNDERTAKINGS

الإقرار و التفويض

We hereby declare that the statements made by us in this proposal are to the best of our knowledge, complete and true and we hereby agree that this form shall constitute and forming part of policy issued in connection with the above risk. Solidarity Saudi Takaful Co. has the right to inspect and investigate the medical record with any medical provider as deemed appropriate and necessary.

بهذا نقر بأنه على حد علمنا وإعتقادنا بأن المعلومات و البيانات المعطاة بواسطتنا في هذا الطلب صحيحة و كاملة. و نوافق على أن هذا الطلب يمثل أساس التعاقد ويشكل جزءاً أصيلاً من وثيقة التأمين فيما يختص بالخطر المذكور أعلاه. ولشركة سوليديرتي السعودية للتكافل الحق في فحص و تحقيق السجلات الطبيّة لدى أي طبيب أو مزود خدمة متى ما كان ذلك ضرورياً.

ENTITY

الموظف

Name Authorized person of the Company/ Employer اسم الشخص المفوض بالتوقيع نيابة عن المنشأة

Signature and Stamp التوقيع و الختم

Date التاريخ